



ARTICULO ORIGINAL

Factores que limitan la descentralización del Sistema Nacional de Salud del Paraguay

Factors that limit the decentralization of the National health system of Paraguay

Giménez Caballero, Edgar^{1,6}; Rodríguez Zuccolillo, José¹; Peralta Garay, Néstor¹; Barrios, Roberto²; Martínez Acosta, Pablo³; Araujo Quevedo, José⁴; Jojot de Gneiting, Elizabeth⁵

¹ Investigación para el Desarrollo (ID). Asunción, Paraguay.

² Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina. Concepción, Paraguay

³ Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Medicina. Caaguazú, Paraguay

⁴ Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina. Concepción, Paraguay

⁵ Universidad Nacional de Itapúa, Programas de Maestrías y Especializaciones en Gerencia, Salud Pública y Administración Hospitalaria, Escuela de Posgrado. Itapúa, Paraguay

⁶ Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina. Concepción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La descentralización ha sido una política de Estado en Paraguay desde la promulgación de la Constitución Nacional en 1992 y la ley del Sistema Nacional de Salud en 1996. Aunque el marco legal es favorable el proceso es incipiente y está estancado. **Objetivos:** describir la importancia de ciertos factores políticos, jurídicos, institucionales, financieros y técnicos como limitantes de la descentralización sanitaria en Paraguay. **Materiales y Métodos:** se aplicó una encuesta a 511 informantes claves seleccionados por conveniencia para valorar sus percepciones sobre 8 factores identificados mediante entrevistas. Respondieron utilizando una escala ordinal de 1 a 4 referidos a que tan críticos son para ellos estos factores limitantes. Se calculó una resultante para cada factor y se categorizó como mínimo, incipiente, moderado y máximo. Previamente se realizaron entrevistas en profundidad exploratorias para identificar estos factores. **Resultados:** sobre la percepción de los encuestados señalan que el marco legal inadecuado es un determinante moderado (3 de la escala) con 81,0% mientras que los demás son valorados como máximos (4 de la escala): reticencia a delegar autoridad 81,7%; capacidad técnica limitada 84,7%; acceso limitado a tecnologías 85,4%; capacidad de gestión limitada 86,6%; afinidad política 87,9%; burocracia excesiva 90,9% y presupuesto insuficiente 92,7%. **Conclusión:** el hecho que la descentralización sanitaria haya avanzado poco se debe a un conjunto de factores, algunos más críticos que otros, que deberían ser considerados en las políticas sectoriales.

Palabras Clave: Descentralización, Sistema de salud, Consejos de salud, Factores limitantes.

Autor correspondiente: Dr. Edgar Giménez Caballero. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Concepción. Concepción, Paraguay. E-mail: edgica@gmail.com.

Fecha de recepción el 14 de Marzo del 2019; aceptado el 15 de Abril del 2019.

ABSTRACT

Introduction: Decentralization has been a state policy in Paraguay since the promulgation of both the National Constitution in 1992 and the law of the National Health System in 1996. Although the legal framework is favorable, the process is incipient and it's stagnating. **Objective:** describe the importance of certain political, legal, institutional, financial and technical factors as limitations of the health decentralization in Paraguay. **Material and Methods:** a poll was applied to 511 key informants selected for convenience to value their perceptions about 8 identified factors through interviews. They answered using an ordinal scale from 1 to 4 referring to how critical these limiting factors are to them. Was calculated a resultant for every factor and was categorized as minimum, incipient, moderate, and maximum. First, exploratory interviews were conducted to identify these factors. **Results:** about perceptions of the surveyed demonstrate that inadequate legal framework is a moderate determinant (3 from the scale) with 81.0% while others are evaluated as maximums (4 from the scale); reluctance to delegate authority 81.7%; limited technical capacity 84.7%; limited access to technology 85.4%; limited management capacity 86.6%; political affinity 87.9%; excessive bureaucracy 90.9% and insufficient budget 92.7%. **Conclusion:** the fact that health decentralization has advance poorly is due to a set of factors, some more critical than others, that should be considered in sectoral policies.

Keywords: Decentralization, Health system, Health councils, Limiting factors.

INTRODUCCION

Durante la década de los '80 en América Latina tuvo lugar una serie de re-formas del Estado siendo una ellas un proceso que consistió en la transferencia de competencias, responsabilidades y recursos desde el nivel nacional a los niveles subnacionales, cuestión que se conoce como descentralización.

Este no fue un proceso uniforme sino que varió en cada contexto. Al respecto, Rondinelli propuso que la descentralización podría adoptar las siguientes modalidades o tipologías: Desconcentración cuando se transfiere autoridad o responsabilidad administrativa a los niveles inferiores de la administración central, ministerios y organismos nacionales. Delegación cuando la transferencia es hacia organizaciones que están fuera de la estructura burocrática y sólo indirectamente están controladas por el gobierno central. Devolución entendida como la creación o refuerzo financiero o legal de las unidades sub nacionales de gobierno, cuyas actividades están sustancialmente fuera del control directo del gobierno central. Privatización cuando los gobiernos transfieren responsabilidades y funciones a organizaciones voluntarias o permiten que sean realizadas por empresas privadas (1) (2).

En el ámbito de la descentralización sanitaria, Bossert asumió el concepto de descentralización de la salud como: "variedad de reformas caracterizadas por la transferencia de autoridad

fiscal, administrativa y/o política respecto de la planificación, la administración o la prestación de servicios desde el Ministerio de Salud central hacia instituciones alternativas". Para evaluar el grado de descentralización propuso el concepto de espacios de decisión, siendo éste el grado de control y opciones de decisión permitidos por el nivel central o Principal a las diferentes instancias de descentralización o Agentes, de acuerdo a las funciones más relevantes para la producción de estos servicios (3) (4).

La descentralización del Estado forma parte de la agenda política del Paraguay desde la reforma constitucional de 1992 que declaró que este es un país unitario y descentralizado (5).

Como algunos asimilaron la palabra "unitario" con "centralizado", esta definición pudo resultar para ellos una aporía o un oxímoron. Pero, desde el punto de vista teórico, en varias acepciones, hay tipos de descentralización que no implican necesariamente "devoluciones" sino que resulta en la ampliación del poder de decisión de los Agentes considerados descentralizados en relación a un Principal que representa el nivel central y por lo tanto tal definición no es una contradicción (6).

La descentralización política consistió en la transferencia de competencias, recursos y cierta autonomía a Gobernaciones y Municipalidades cuyas autoridades, a partir de la vigencia de esta

Constitución, fueron electas por sufragio directo. Además se estableció el marco legal para delegar la administración de servicios públicos nacionales a estas instancias subnacionales.

En el campo de la salud, las Gobernaciones incorporaron Secretarías de Salud y las Municipalidades adoptaron algunas funciones de higiene y salubridad (7) (8).

En 1996 se promulgó la Ley 1.032 “Que Crea el Sistema Nacional de Salud” mediante la cual se estableció la formación del Consejo Nacional de Salud y de Consejos Regionales y Locales de Salud como instancias de articulación, coordinación y participación en el marco de la descentralización sectorial (9).

Consecuentemente, el Poder Ejecutivo dispuso reglamentaciones para el funcionamiento de estos consejos (10) y para “la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud” (11).

En ese marco el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) inició una desconcentración administrativa hacia estructuras organizativas denominadas regiones sanitarias y estructuró la administración de los hospitales, otras dependencias y programas de salud (12)(13).

Pero a pesar de estos instrumentos normativos para la descentralización política de la salud y la desconcentración del Ministerio de Salud Pública Bienestar Social así como para la implementación efectiva de los acuerdos de descentralización, el proceso ha avanzado poco y se ha estancado (14)(15). En efecto, existe un mínimo espacio de decisión para manejar el presupuesto local, administrar recursos humanos, establecer reglas de dirección, reglas de acceso y provisión de servicios (16).

Así mismo, el grado de participación social para definir prioridades, planificar, organizar y mejorar servicios o rendir cuentas es también mínima (17).

Ante esta situación, es razonable proponer hipótesis sobre factores que determinan o influyen en esta situación. Este artículo explora la influencia de algunos de estos factores desde la perspectiva de actores claves del sistema de salud.

MATERIALES Y METODOS

El estudio tuvo un abordaje mixto: cualitativo y cuantitativo.

El abordaje cualitativo consistió en entrevistas en profundidad para caracterizar el proceso descentralización sanitaria en el Paraguay e identificar los posibles factores limitantes. A partir de esta identificación se aplicó un cuestionario para valorar el grado en que estos factores actúan sobre el proceso

Se realizó 50 entrevistas a referentes del sistema público de salud, líderes políticos e integrantes de organizaciones de la sociedad civil vinculados con el sector de salud. Para ello se elaboró una guía de entrevista y se capacitó al personal para su aplicación.

Para el análisis de estas entrevistas se procedió a la transcripción en texto y codificación. Se utilizaron categorías de factores políticos, financieros, institucionales y técnicos para clasificar variables que pudieran ser valoradas como factores limitantes, con base a la teoría sobre condiciones de la descentralización (1).

Con estos factores identificados, se aplicó un cuestionario a una muestra definida por conveniencia a partir de un mapeo de actores considerados informantes claves para conocer la percepción sobre el grado en que estos factores considerados críticos limitan el proceso de descentralización sanitaria en el Paraguay.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron los siguientes:

- a) Que sean profesionales del MSPBS con cargos de responsabilidad de dirección o jefatura o que sean Integrantes de Consejos de Salud (regionales o locales);
- b) Que ejercen sus funciones en localidades en las Capitales de los Departamentos de la Región Oriental y del Departamento de Presidente Hayes de la Región Occidental; o en Distritos donde asientan hospitales dependientes del MSPBSI; o en Distritos inmediatamente aledaños a los hospitales donde asientan Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia.

El tamaño de la muestra se estableció con los siguientes criterios:

- a) En cada establecimiento dependiente del MSPBS se invitó a aplicar el cuestionario a 1 Director General, a 2 Directores de nivel y a 1 profesional con responsabilidad de gestión.
- b) En los Consejos de Salud se invitó a aplicar el cuestionario a 3 integrantes.

Con estos criterios se incluyó a 511 informantes claves que aceptaron participar del estudio los cuales corresponden al personal de 15 Direcciones Regionales, 15 Hospitales Regionales, 39 hospitales distritales, 10 Centros de Salud, 8 Unidades de salud familiar y a 54 miembros Consejos de Salud.

El trabajo de campo para recolectar los datos se realizó entre setiembre y diciembre de 2015.

El cuestionario utilizó una escala ordinal de 1 a 4 para cada factor limitante, donde el mínimo poder fue 1 y el máximo poder fue 4. Los resultados fueron procesados para describir la distribución de frecuencias y las proporciones en esta escala.

Para sintetizar los resultados se calculó una proporción en relación al total de puntos posibles en el caso que todas las respuestas fueran el número 4 de la escala:

$$Dc = 100 \times ((n \times 1) + (n \times 2) + (n \times 3) + (n \times 4)) / (N \times 4)$$

Dónde:

Dc: es del desempeño de cada determinante crítico expresado en %.

n: es la cantidad de encuestados que respondió con el número correspondiente de la escala.

N: es el total de encuestados.

Esta proporción indica el desempeño para cada factor crítico. Se asumió que cada factor posee el mismo peso relativo que los demás. Este desempeño fue categorizado como mínimo, incipiente, moderado y máximo. La amplitud de las categorías se estableció considerando que como mínimo todas las respuestas pudieran ser 1 de la escala y como máximo que todas pudieran ser 4 de la escala.

RESULTADOS

En el abordaje cualitativo, se realizaron 50 entrevistas. Algunos entrevistados caracterizan el proceso de descentralización sanitaria de forma negativa, calificando que, “no hubo nada de descentralización” o bien que hay estancamiento o bien que hay retrocesos, a pesar del marco jurídico descentralista y de la paulatina transferencia de fondos para gestión subnacional y a consejos locales de salud. Otros consideraron que el proceso avanza, pero muy lentamente. Están quienes piensan que no debería haber descentralización en salud porque “los gobiernos subnacionales son peores que el central y sólo usan el dinero para politiquería o corrupción” y no para fines sanitarios.

Las limitaciones más mencionadas fueron la partidización clientelista y los conflictos faccionalistas. Se mencionó menos la falta de preparación o capacidad local para asumir las responsabilidades. En la tabla 1 se describen los factores identificados en cada categoría.

Tabla 1. Factores críticos que han limitado el proceso de descentralización en salud en Paraguay identificados a partir de 50 entrevistas a actores claves

Categorías	Factores
Políticas	Afinidad política entre los principales actores
	Reticencia a delegar autoridad
Financieras	Presupuesto insuficiente para implementar la descentralización
Intitucionales	Burocracia excesiva
Técnicas	Capacidad técnica limitada en el ámbito subnacional
	Capacidad de gestión limitada en el ámbito subnacional
	Acceso limitado a tecnologías en el ámbito subnacional

Fuente: Proyecto: Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2016. Proyecto Financiado por PROCENCIA - CONACYT.

El abordaje cuantitativo fue para valorar que tanto estos factores limitan la descentralización sanitaria en Paraguay. Se aplicó 511 encuestas. En la Tabla 2 se

describen las frecuencias simples y relativas de las respuestas en una escala ordinal de 1 a 4 según la percepción de los entrevistados.

Tabla 2. A su criterio ¿Cuáles son los factores más críticos o determinantes que han limitado el proceso de descentralización en salud?

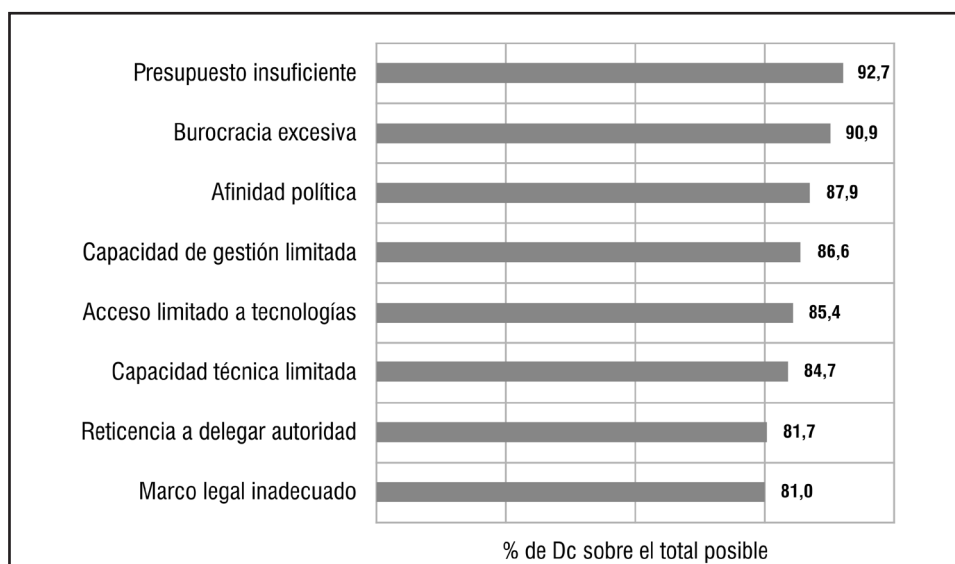
Factores	n	1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Afinidad política entre los principales actores	510	15	2,9	26	5,1	150	29,4	319	62,5
Reticencia a delegar autoridad	511	6	1,2	70	13,7	217	42,5	218	42,7
Marco legal inadecuado	511	11	2,2	75	14,7	205	40,1	220	43,1
Burocracia excesiva	511	7	1,4	20	3,9	126	24,7	358	70,1
Presupuesto insuficiente	510	6	1,2	20	3,9	90	17,6	394	77,3
Capacidad de gestión limitada	511	11	2,2	34	6,7	173	33,9	293	57,3
Capacidad técnica limitada	511	17	3,3	25	4,9	212	41,5	257	50,3
Acceso limitado a tecnologías	510	13	2,5	45	8,8	169	33,1	283	55,5

Fuente: Proyecto: Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2016. Proyecto Financiado por PROCENCIA - CONACYT.

Como puede observarse, todas las categorías fueron valoradas como factores limitantes importantes, ya que en todas ellas el mayor porcentaje se distribuyó entre 3 y 4 de la escala, para resumir esta información en un valor único

se procedió a calcular el desempeño de cada determinante crítico (Dc) considerando el total de puntos alcanzados sobre el total de puntos posibles de la escala ordinal utilizada (Gráfico 1).

Gráfico 1. Resumen en % del desempeño de determinantes críticos (Dc) que limitan la descentralización sanitaria en el Paraguay, según la percepción de 511 informantes claves en una escala ordinal de 1 a 4



Del total posible (100% si todos hubieran marcado 4 en la escala ordinal) el desempeño Dc de cada factor estuvo en un rango de 81,0% a 92,7%. Considerando la resultante para cada uno solamente el factor “marco legal inadecuado” fue valorado como un determinante moderado (3 de la escala ordinal) mientras que “presupuesto insuficiente”, “burocracia excesiva”, “afinidad política”, “capacidad de gestión limitada”, “acceso limitado a tecnologías”, “capacidad técnica limitada”, “reticencia a delegar autoridad” fueron considerados en una categoría de máximos determinantes.

DISCUSION

El presupuesto insuficiente para la salud ha sido valorado en este trabajo como el principal factor limitante para el proceso de descentralización sanitaria en Paraguay. El financiamiento es una condición necesaria para la descentralización en todos los casos ya que ésta no consiste en trasferir los problemas, puesto que éstos ya están descentralizados, lo que importa es transferir los recursos para poder implementar las soluciones localmente.

Al respecto existen al menos tres dimensiones a considerar: **a)** los recursos para la salud son en general insuficientes en el país; **b)** la distribución de estos recursos es inequitativa; y **c)** los gobiernos subnacionales no tienen capacidad financiera para enfrentar gastos de salud.

El financiamiento insuficiente para la salud responde al nivel de desarrollo del país y al modelo fiscal inefectivo para recaudar los recursos necesarios para hacer frente a los desafíos para el desarrollo. Según el Banco Central del Paraguay entre el 2000 y el 2016, el producto interno bruto (PIB) pasó de 8.495 a 36.345 millones de dólares corrientes y el PIB per cápita de 1.678 a 5.302 dólares corrientes (18).

El modelo fiscal paraguayo es regresivo puesto que los impuestos indirectos representan el 80% de las recaudaciones, mientras que los impuestos directos constituyen el restante 20%. Las reformas fiscales introducidas en la década del 2.000 han sido parciales e insuficientes: incluso con la aplicación de nuevos impuestos la presión tributaria se ha mantenido apenas entorno al 12 a 13% del PIB. Sumado a esto, tampoco se ha logrado implementar medidas fiscales para controlar los efectos nocivos para la salud de ciertos productos como el tabaco, bebidas con alcohol y con azúcar elevado de tal modo a mitigar la enorme carga sanitaria y financiera que ocasiona (19-21).

En consecuencia, el gasto social es bajo: entre el 2007 y el 2015 el gasto social público en Paraguay pasó de 8,1% a 12,0% del PIB mientras que en el mismo periodo en América Latina pasó de 11,5% a 14,5% (22). Luego, los recursos para la salud son limitados: el gasto público de salud en Paraguay se ha incrementado de manera sostenida, pero de forma insuficiente para alcanzar a países similares y regionales, alcanzando en 2016 el 3,3% del PIB (23). Los datos señalan que la principal fuente de financiamiento del sistema de salud es el gasto privado de bolsillo, sobre todo para comprar medicamentos (24).

Este modelo de financiamiento en salud es inequitativo porque lo solventan sobre todo los enfermos y quienes tienen menos capacidad de pago son quienes tienen mayor riesgo de enfrentar catástrofes financieras ante una enfermedad o accidente (25)(26).

El 97% del gasto público se ejecuta a través del MSPBS y del Instituto de Previsión Social. Además, estos recursos se gestionan predominantemente de forma centralizada. Por ejemplo, en 2.015 el MSPBS ejecutó solo el 19% de su presupuesto a través de sus estructuras desconcentradas (23).

¿Pueden los gobiernos subnacionales tomar la iniciativa? Parece improbable. Primero, porque el 91,3% de todos los recursos públicos se ejecutan a través del gobierno central (27). Segundo, porque los recursos complementarios como los royalties y los del Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (proveniente de hidroeléctricas) tienen reglas de ejecución condicionadas por ley. Tercero, porque los gobiernos sub nacionales, al igual que el gobierno central, tiene poca capacidad de recaudación y utiliza gran parte de sus escuetos recursos para gastos corrientes.

De lo expuesto se concluye que Paraguay requiere de reformas fiscales para incrementar la inversión social en general y particularmente en salud. Pero, además de generar más recursos para la salud, es necesario aplicar mecanismos distributivos que maximicen la equidad en el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, el presupuesto público de salud podría definirse con una base poblacional por región sanitaria y distrito ajustada según criterios de necesidad, para proveer un conjunto de servicios esenciales en esos territorios.

En orden de importancia, la burocracia excesiva ocupa el segundo lugar entre los factores limitantes valorados. El exceso de burocracia es especialmente notable para ejecutar el presupuesto público y para gestionar recursos humanos.

Los actores locales conocen mejor los problemas en sus respectivas comunidades, pueden aplicar criterios de priorización más válidos pero los espacios de decisión locales sobre estas funciones son mínimos (16).

Para contrarrestar esta situación el MSPBS ha intentado una desconcentración administrativa hacia algunos agentes, consistente en la elaboración de planes operativos anuales, anteproyectos de presupuestos y la responsabilidad en algunos procedimientos para la ejecución del presupuesto. Con tal propósito, entre 2008 y el 2013 se estructuraron 5 Unidades Operativas de Contrataciones y 42 Sub Unidades Operativas de Contrataciones con competencias parciales para llevar adelante procesos de contratación de bienes y servicios. Pero, en el siguiente periodo de gobierno se instaló un cambio de política administrativa institucional, volviendo a centralizarse la mayoría de estos procesos (15).

Consecuentemente, desde las instancias locales se realizan trámites recurrentes para resolver problemas que son prioritarios y significativos a ese nivel pero que a nivel central se diluyen en un conjunto de otros problemas que pueden tener prioridades distintas. Ante esa situación la adquisición de medicamentos, insumos para hospitales, reparaciones, contratación de personal sanitario o de apoyo y la implementación de cualquier proyecto, por más mínimo que sea, se percibe como de muy difícil realización. Los Agentes locales, al no tener control sobre los recursos y sobre las decisiones de gestión, se limitan muchas veces a comunicar y hacer pedidos mediante notas que van pasando por distintos departamentos de la administración central. Estos trámites se acumulan y concomitantemente se acumulan también la incertidumbre y las frustraciones.

Desde la perspectiva política, la afinidad entre los actores es un factor crítico percibido como más importante que la reticencia general de transferir poder y recursos desde el Principal (MSPBS) a los Agentes (entidades descentralizadas o desconcentradas).

Esto puede explicarse mediante la existencia de espacios de decisión no formales donde actores políticos locales pueden influir sobre la decisión del Principal sobre las funciones de dirección, de financiamiento y/o de recursos humanos (3)(4)(6). Puesto que el Principal controla ampliamente las funciones del sistema de salud a nivel nacional (16) éste ejerce un poder político amplio, siendo razonable plantear que ese poder es cedido en la medida que los Agentes tengan afinidad con sus intereses o que éstos tengan un poder tal que se requiera de su participación en la gobernabilidad del sistema. En otras palabras, puesto que el Principal ejerce el poder de gobierno y es parte de un proyecto político, ante la posibilidad de ceder poder de decisión se plantea la siguiente cuestión: ¿por qué ceder poder (recursos, decisión sobre preferencias, etc.) a Agentes que pueden utilizar este poder para intereses no afines al proyecto? O, más sencillamente ¿por qué fortalecer a competidores políticos?

Un instrumento de implementación de políticas públicas es la planificación local de salud (14). Si este se alinea con la Política Nacional de Salud y comparte indicadores comunes de resultados podría reorientar el poder no formal y sus intereses hacia objetivos sanitarios. Complementariamente, el Fondo de Equidad para la Descentralización (un mecanismo administrativo de transferencias de recursos desde el MSPBS a los consejos de salud) podría ser mejor reglamentado con criterios más coherentes con el cumplimiento de esos planes y evitar así el uso clientelar de estos recursos (14)(15).

La siguiente categoría corresponde a factores técnicos. Es razonable plantear que esta percepción se corresponde con la creencia que a medida que se aleja del centro las capacidades disminuyen, tanto para administrar como para cumplir con funciones propias del sistema de salud. Pero esto no necesariamente es cierto, puesto que los valiosos recursos humanos regionales y locales generalmente son reclutados para el nivel central puesto que es ahí donde se concentran las operaciones. Pero, aun en el supuesto que exista algo de verdad en esa creencia la cuestión no es insuperable.

En efecto, si existiera la decisión de transferir responsabilidades, competencias y recursos en el marco de la descentralización, un plan de formación, capacitación y transferencia de tecnologías y capacidades podría ser parte del proceso (15).

El marco legal como un factor limitante ha sido el menos valorado entre los otros factores, en un rango moderado. Esto es razonable puesto que la descentralización tiene una jerarquía constitucional y en general el marco legal vigente es favorable a la descentralización sectorial.

Desde el punto de vista administrativo, el MSPBS cuenta con el marco general de la Ley 1032 "Que crea el sistema Nacional de Salud" y sus reglamentaciones (9)(10)(11). Como ya se mencionó, esta posibilidad está mediada por factores de tipo político e institucional.

Desde el punto de vista de la descentralización política tanto las municipalidades como las gobernaciones pueden tener una mayor participación sectorial.

La Ley 3.966 o Ley Orgánica Municipal, establece que en materia de salud, higiene y salubridad las municipalidades cumplen funciones de regulación y control en relación a la elaboración, almacenamiento y comercialización de comestibles y bebidas, así como de los establecimientos correspondientes. Además, se les asigna la función de prestar servicios de salud incluidas actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de enfermedades. Otras funciones asignadas en materia de salud son la elaboración de planes municipales de salud y la conformación y coordinación de los consejos locales de salud. La ley establece que no están obligadas a prestar servicios que estén a cargo del Gobierno Central mientras no se les transfieran los recursos correspondientes mediante Convenios de Delegación de Competencias (8).

Al igual que las municipalidades, las gobernaciones cuentan con un marco legal que les permite recibir las competencias y recursos para brindar servicios de salud. Tal como establece la Ley de la Carta Orgánica Departamental "El funcionamiento de los servicios públicos de carácter nacional en los Departamentos y a cargo de los mismos serán autorizados por la Ley 3.966 Los recursos asignados por el Gobierno Nacional a la prestación del servicio serán transferidos al Departamento, incorporando al Presupuesto Nacional y Departamental las partidas correspondientes" (7).

Pero, a pesar de la amplitud de posibilidades que permite el marco legal, éste no se ha utilizado para profundizar la descentralización sanitaria ni en lo administrativo ni en lo político.

Es de destacar que los encuestados le dieron un destaque moderado a la hipótesis de un marco legal inadecuado y no una valoración mínima. Es posible que esta percepción se refiera a la necesidad de impulsar una agenda legislativa y normativa complementaria sobre cuestiones instrumentales que equilibre la discrecionalidad de decisión predominante en el nivel central.

Todos estos factores limitantes podrían ser contrarrestados mediante una participación social en salud más contundente. Los ciudadanos podrían ejercer mayor presión y exigencias a sus autoridades por sus derechos en salud. Pero la evidencia también señala que esta participación es débil y muy incipiente en cuestiones claves para proveer servicios orientados a las necesidades y preferencias de la comunidad así como en los mecanismos de rendición de cuentas (17).

Como puede comprobarse, los procesos de descentralización sanitaria no fueron uniformes, ni complementarios, ni continuos en el tiempo sino que más bien fueron desarrollándose con avances, estancamiento y retrocesos determinados por la voluntad política, la visión y preferencia de las autoridades y según el poder de los actores locales (14)(15).

El poder y los recursos económicos siguen en gran medida centralizados y no se ha logrado un consenso para instalar un proceso de transferencia a gran escala a los gobiernos departamentales y municipales.

Aun así, en la medida que el poder político se ha ido consolidando a nivel local y regional, las autoridades y las organizaciones han generado mayor presión sobre el gobierno central para direccionar más recursos hacia sus comunidades y para influir en sus decisiones ya sea mediante mecanismos formales o, sobre todo, utilizando lo que Bossert denomina espacios no formales de decisión.

¿Cuál será la siguiente etapa de la descentralización sanitaria en el Paraguay?

En las condiciones actuales, el escenario prospectivo tendencial para los próximos 5 años es en general pesimista con variaciones mínimas en el espacio de decisión local, sobre todo en lo que respecta al control de recursos (15).

Para cambiar esta tendencia habrá que adoptar nuevas estrategias e innovar mecanismos de tal modo que puedan revertirse los efectos de los factores críticos aquí descriptos.

Retomar el debate sectorial y social para lograr consensos políticos será clave sin perder de vista que la descentralización no es un fin, sino un medio para alcanzar mejores resultados sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rondinelli, Dennis (1981) "Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries." *International Review of Administrative Science*, vol. 47, no. 2: 133-45.
2. Rondinelli, Dennis (1983). "Decentralization in developing countries." *World Bank World Bank Staff Working Papers number 581, Management And Development Series Number 8*, Washington DC
3. Bossert, Thomas. *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance*. *Social science & medicine*, 1998 47(10), 1513-1527.
4. Bossert, Thomas. *Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America*: Harvard School of Public Health, Data for Decision Making (DDM); 2000.
5. Paraguay Constitución de la República del Paraguay. 1992. Recuperada en junio 2016. Disponible en: <http://jme.gov.py/transito/leyes/1992.html>
6. Bossert, T., Larrañaga, O., & Ruiz Meir, F. Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000, 8(1-2), 84-92.
7. Paraguay Ley N° 426/92 Carta orgánica del Gobierno Departamental. Recuperada en junio 2016, Disponible en: http://pdba.georgetown.edu/Decen/Paraguay/py_ley426.pdf
8. Paraguay Ley 3966/10 Orgánica Municipal. 2010 Recuperado en junio 2016, Disponible en: <http://www.matus-dubarry.com/v2/index.php/leyes/187-ley-396610-organica-municipal>.
9. Paraguay Ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud. 1996 Recuperado en junio 2016, Disponible en <http://www.msps.gov.py/dgds/?p=24>
10. Paraguay. Poder Ejecutivo. DECRETO N° 22.385/98. POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD Y LOS CONSEJOS REGIONALES Y LOCALES DE SALUD. Asunción, Paraguay 1998.
11. Paraguay. Poder Ejecutivo. DECRETO N° 19.966/98. POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA LOCAL, LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA AUTOGESTIÓN EN SALUD, COMO ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO. Asunción, Paraguay 1998.
12. Paraguay. Poder Ejecutivo. DECRETO N° 21.376/98. POR EL CUAL SE ESTABLECE LA NUEVA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Asunción, Paraguay 1998.
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 463/98 POR EL CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LA REFORMA SECTORIAL. Asunción, Paraguay 1998.
14. Giménez, Edgar Notas sobre la descentralización en el sector salud del Paraguay. Instituto Desarrollo Asunción; 2012. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/publicacion.php?id=85>
15. Giménez E, Rodríguez JC, Peralta N. (2016) Espacios de Decisión y tendencias en la descentralización de salud en el Paraguay. Mapa actual y prospectivo. Investigación para el Desarrollo. ISBN edición digital: 978-99967-859-3-1 Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/11-04-2017-07-50-58-1442452819.pdf>
16. Giménez E, Rodríguez JC, Peralta N. Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2016; 14(3):44-51
17. Giménez E, Rodríguez, JC.; Flores, L; Peralta N.; Proyecto y situación de la participación social en el sistema de salud paraguayo, *Revista paraguaya de Estudios Políticos Contemporáneo NOVAPOLIS* f: 11, p. 115-135, 2017.
18. Banco Central del Paraguay. Estadísticas económicas. Disponible en: <https://www.bcp.gov.py/>
19. Clara de Iturbe (2017). Construir la equidad tributaria en el Paraguay. Nota de Política. Paraguay Debate. Asunción, Paraguay. Disponible en: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Equidad-Tributaria.pdf>
20. Masi, F. (2018). Consideraciones sobre la contribución impositiva. En *Fiscalidad para la Equidad*. Tomo 1, pag. 31-44. Decidamos. CADEP. Asunción, Paraguay 2018.
21. Bardach A, Cañete F, Sequera VG, Palacios A, Alcaraz A, Rodríguez B, et al. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto sanitario y económico del aumento del precio a través de impuestos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2018; 35(4):599-609. doi: 10.17843/rpmesp.2018.354.3708

22. Serafini V. (2017). PARAGUAY: INVERSIÓN EN PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA Desafíos para el diseño y la medición de la política. CADEP. Paraguay Debate. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/images/pydebate/nocontributiva/brief%2027%20Paraguay.%20Inversión%20en%20Protección%20Social%20no%20contributiva.pdf>
23. Banco Mundial. 2018, Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.
24. Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(3): 64-72
25. Giménez E, Flores L, Rodríguez JC, Ocampos G, Peralta N. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018;16(2): 38-48
26. Giménez E,; Rodríguez, JC.; Ocampos G.; GASTO CATASTRÓFICO Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: ANÁLISIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL PARAGUAY. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 51 - N° 3, 2018
27. Nickson, Andrew. El gobierno local en Paraguay: Un análisis comparativo a través de diez elementos. ID-Ajumpa, Asunción 2016.